

脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族への在宅支援

水津 朋子¹

(2007年9月28日受付, 2007年12月19日受理)

Supports for Elderly Stroke Survivors in Need
of Nursing Care and their Families at Home

Tomoko Suidu¹

(Received : September 28, 2007, Accepted : December 19, 2007)

要 旨

本研究はアクションリサーチ法の考え方や手法を参考に, 病院から在宅療養に移行する脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族を対象に, エンパワメントを目的としたケアプロトコルに基づいた看護援助を行いながら, セルフケア能力の高まりとして在宅療養に移行する脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族が在宅療養への移行期に退院後直面することが予測される問題への気づき, その問題に対する方略・対処の実施, 退院後の状況を記述することを目的とした。

在宅移行期は退院後の生活という新しい状況に適応していく準備期間であるため, 看護師が, 患者・家族の意向の確認と情報を共有しながら家族のセルフケア能力のアセスメントを行い, 家族の持つ力を認める, あるいは潜在するセルフケア能力を引き出しながら生活に根付いた方法で成功体験が体験できるように支援することにより, 家族のセルフケア能力を高めることができた。また, 患者と家族は共に生活するという意味においてお互いの状況は関連していることから, 在宅移行期に患者と家族が共通認識を形成し, かつ状況の再構成が, 患者と家族の共同作業によって行えるような看護援助が必要である。

キーワード : 在宅支援 脳卒中 移行期 家族

Abstract

To a problem predicted nursing based on aimed care protocol assists empowerment for a survivor of old stroke that it is necessary transition care to do and the family, and care to shift facing home care after a discharge of a survivor of old stroke that it is necessary and the family as a surge of self-care ability for reference by a way of thinking and technique of action research method as for this study from a hospital by home care noticed it, and was aimed at describing measures for the problem, the situation after a discharge.

The home shift period is a runup that adjusts to a new situation of life after it leaves hospital. Therefore, family's self care ability was able to be improved by supporting it for the nurses to do the assessment of family's self care ability while sharing the confirmation of patient and family's intentions with information, and to experience the success experience in the method of taking root in life drawing out the self care ability to admit family's power or potential. Moreover, the patient and the family form the common view in the home shift period because a situation each other because of both living is related and the re-composition of the situation is necessary and nursing help that the patient and the family can do by the collaborative activity is necessary for the patient and the family.

Keyword : Home recuperation support, Stroke, Transition to home, Family

1 高知女子大学看護学部看護学科 助教 看護学修士 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University

1. はじめに

脳卒中患者数は年々増加傾向にあり、救命率の上昇によって死を避けられるようになった一方で、病院の機能分化の促進や在院日数の短縮によって、病期や治療目的に適した医療施設への移行や機能障害などの後遺症を持ちながら早期退院による在宅療養が求められるようになった。在宅療養は、疾病の治癒、救命を目的とする「医療モデル」から生活の質の向上を目的とする「生活モデル」への変換であり、残された機能を積極的に活かしながら生活することは、患者の生活全体の質を高める（広井, 2000）と言われている。

患者と家族が病気や障害を持ちながら在宅療養を始めるとき、生活上での困難や予測困難な問題に直面する（Shyu, 2000）が、在宅療養では、困難や問題に対して対処方法を自己決定すること（自分たちで選択し、決定し、実行していくこと）が求められる。このような状況を踏まえ移行期の看護援助を考えると、医療者が退院後の生活状況を予測するとともに、患者と家族が退院後の生活をイメージする、イメージした生活の実現のために必要となる諸準備を確認し実行する、退院後の生活で直面しそうな問題を事前に発見し方策を準備するといったことを通して、退院後の生活に主体的に取り組めるよう援助することが望まれる。

在宅療養を始める移行期に注目した研究では、介護者にとって身体的・精神的負担が大きく、家族のニーズや家族の役割が変化することから、介護者のストレスフルな体験（Bull, 1992；Shyu, 2000）や生活の再構築のプロセス（池添, 2002, 2003）、家族に生じる在宅介護プロセス（北, 2002）が報告されているが、患者と家族の視点から移行期を捉え、プロセスの全体性を重視した研究は未だ少ない。このような中でも、脳卒中患者やその家族を対象とした研究は、研究の積み重ねによって移行期の看護介入の必要性（千葉, 1999）や前向きな縦断的研究の必要性（河原, 1999）が示唆されており、高齢者や回復期リハビリテーション病棟での退院という現象やプロセスに注目した研

究が行われるようになっている（松岡, 2005；小野, 2006）。

そこで本研究では、エンパワメントを目的としたケアプロトコールに基づいた看護援助を行いながら筆者のアセスメントや判断、プロトコールに基づく介入を行い、その結果在宅療養に移行する脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族のセルフケア能力の高まりとして、退院後直面することが予測される問題への気づき、その問題に対する方略・対処の実施、退院後の状況を記述することを目的とした。臨床研究に近い本研究は、今後の看護実践における要介護高齢者とその家族の退院支援の質を向上するための助けになると考え、その結果を報告する。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、移行期のプロセスを全体的・包括的に捉えるため、質的帰納的方法を用いた。その中でも研究者が人々に「対して (on)」研究するのではなく、対象の人たちと「ともに (with)」その人たちの「ために (for)」作業し、現場で携わっている人たちに力をつけてもらえる (empower) という強みがある (Pope, Mays, 2000) ことから、プロセスの中で自然に生じた出来事に対応することができ、かつ研究参加者がプロセスを通して在宅療養上の問題点を探り、その問題点や解決策に対する対処や理解を深めることができるアクションリサーチ法の考え方や手法を参考にした。また、プロセスを事例毎にまとめることでより広い範囲にあてはまる解釈や、複雑な現実の社会現象に対して洞察し、対処することができ、かつ介入による影響について記述的で解釈的な検討を加えることができる (Pope, Mays, 2000) ことから、事例研究の利点を活かすこととした。

2) 研究参加者

研究協力が得られた回復期リハビリテーション病棟に入院している高齢者のうち、脳卒中を体験

し、退院後は患者と家族（主介護者）が同居（予定も含む）での在宅療養を希望していること、およびその退院の目途が立ち、コミュニケーションが可能なことを研究参加者の条件とした。

3) データ収集方法および期間

データ収集は、主に身の回りのケアの実施、リハビリテーションの見学、家族・スタッフとの関わりを参加観察しながら面接を行った。さらに、参加観察によるデータを補足する目的で、カルテや病棟スタッフ、担当セラピストとのやりとりから情報収集を行った。

データ収集期間は、回復期リハビリテーション病棟に入院中から退院約1ヶ月後までとした。

4) 用語の定義

(1) 移行期

本研究では、「今後の退院のめどが立ち、退院までの準備を開始する時期（およそ入院1ヶ月後以降）から、退院1ヶ月後までの期間」を移行期とした。

(2) 家族

家族は、「お互いに情緒的、物理的、そして／あるいは経済的サポートを依存し合っている2人かそれ以上の人々のこと。家族のメンバーとは、その人たちが自身が家族であると認識している人々のこと」（Hanson, Boyd, 1996/村田, 荒川, 津田監訳, 2001）とした。

(3) セルフケア能力

本研究では、「セルフイニシアティブや自己決定の要素を含む脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族の問題解決能力、対処能力」をセルフケア能力とした。

3) 筆者の基本的姿勢

筆者自身がスタッフと共に直接ケアに関わることから、筆者の関わりがバイヤスになる可能性が考えられ、かつ研究協力施設での実践をエンパワメントする原則から、看護援助の指針、筆者の関わりの指標としてケアプロトコル（表1）を作成し、使用した。作成したケアプロトコルは、篠田（2003）の作成した退院計画チェックリスト

表1. ケアプロトコル

1. 研究参加者に対してケアプロトコルを使用しながら、研究参加者が主体となり自分たちが退院後の生活をどのように過ごしたかを話し合いを通じてイメージし、選択していくという方法で進めていくことを説明する。研究者のかかわりは、支持的態度を基本とする。
2. 研究参加者と共に退院後の生活をアセスメント及びデザインするために、以下の6点についての情報を確認し共有する。
 - 1) 生活上の優先順位を考えるために以前の生活や病いの体験を聞く
 - 2) 退院後、どのような生活を望んでいるのか
 - 3) 家族システムとして家族機能や構造、特に在宅療養に関して同居家族の有無や主介護者の健康状態、介護協力の状況
 - 4) 在宅療養に対する意欲や積極性、他の家族成員の協力の意思や積極性
 - 5) 住居内の移動、そのための方法を考えるために住居の構造
 - 6) 家での生活は、どこでどのような行動をするのか、昼間をどのように過ごすことを望んでいるのか
3. 個別の計画を作成後、研究参加者・主治医・看護師・理学療法士・医療ソーシャルワーカーが参加し、現在の医学的状況や現時点でのADL評価と今後期待できるADL、そのためのリハビリテーション計画の修正を行うためのカンファレンスを実施する。
4. 上記のことをふまえて、個別の計画を修正する。
5. 訓練室、病棟においてカンファレンスでの決定事項を実施する
6. 研究参加者が、退院後どのような医療福祉専門職者がどのようにかかわるのか、どのような資源（物的・人的）を利用できるのか、を考えるために関係機関とのカンファレンスを実施する。
7. 研究参加者が主となり時期を設定後、実生活を体験し、生活上の不具合や問題を発見するために試験（模擬）外泊を行う。
8. 試験（模擬）外泊の結果明らかになった問題への対処として改善点を考え、実施する。
9. 退院日を決定する。

表2. 「ケアにおけるエンパワメントの原則」

1. 目標を当事者が選択する
2. 主導権と決定権を当事者がもつ
3. 問題点と解決策を当事者が考える
4. 新たな学びと、より力をつける機会として当事者が失敗や成功を分析する
5. 行動変容のために内的な強化因子を当事者と専門職の両方で発見し、それを増強する
6. 問題解決の過程に当事者の参加を促し、個人の責任を高める
7. 問題解決の過程を支えるサポートネットワークと資源を充実させる
8. 当事者のウェルビーイングに対する意欲を高める

表3. 研究参加者の概要

対象者	年齢	性別	疾患：後遺症の主な症状	主介護者
Aさん	80歳代前半	女性	脳梗塞（小脳）：右下肢麻痺、失調症状	長女
Bさん	70歳代後半	女性	脳梗塞（脳幹）：左片麻痺、運動性失語、両上下肢のしびれ	長男の嫁

を中心に文献検討を行い、独自に作成した。

筆者の関わりの基本的姿勢として、安梅(2004)が述べる「ケアにおけるエンパワメントの原則(表2)」を重視することとした。

4) 倫理的配慮

本研究で行う看護援助は、研究参加者へのエンパワメントであり侵害の要素は少ないと考えられたが、何らかの介入を行うことや私的領域に深く関与する可能性があるため、不利益を受けない権利、自己決定の権利、プライバシー・匿名性・機密性確保の権利、情報公開の権利について十分な配慮について文書による説明を行った。またカルテの閲覧については、研究の同意の際に必要な性と情報守秘について説明を行い、同意を得た。一方、間接的に研究参加者となる可能性のある関係職種スタッフに対しては、研究の主旨を文書で説明し、匿名性を保証した上で、口頭で承諾を得た。

尚、本研究は神戸市看護大学倫理審査委員会の承認を受け、実施した。

4. 結果

1) 研究協力施設の概要

研究協力施設では、週に1度回復期病棟専従セラピスト3名（理学療法士2名、作業療法士1名）と病棟看護師がADLミーティングと呼ばれるカ

ンファレンスを行っていた。話し合われる内容は、リハビリの状況や認知・精神面への影響、入院患者の「できるADL」を「しているADL」へ活かすための取り組みや、病棟での活動度や生活上の具体的な介助方法について話し合われ、計画の実施・評価・修正が行われていた。退院に向けての取り組みは、回復期カンファレンスと呼ばれるカンファレンス、家屋訪問、退院指導、退院前カンファレンスが行われていた。

2) 研究参加者

研究参加の依頼は、候補となった病棟の看護師長に研究参加者に該当する要介護高齢者の紹介を受け、研究者が研究の主旨を説明し、参加の同意を得られた患者と主介護者を研究参加者とした。研究参加者は、女性2名とその家族であった(表3)。そのうち1名の主介護者以外の家族には、研究プロセスの中で関わる必要性が生じたため、間接的研究参加者となる旨を研究参加者に説明し同意を得てから会い、研究の主旨・間接的研究参加者となることを口頭で説明し同意を得た。また、関係職種スタッフ（医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、医療ソーシャルワーカー）は、間接的研究参加者とした。

3) Aさんの退院プロセスの特徴的な出来事と看護援助

Aさんには、転院から約2ヶ月が経過した頃より関わることとなった。Aさんは若い頃から当時珍しかったパーマをしていたというほど髪型に気を遣うおしゃれな女性で、楽しいことや人と交わることが好きな明るく朗らかな女性である。子ども達が独立し、夫と死別した後、一人で生活していた。今回の退院を機に長女と同居することとなった。

主介護者である長女は、以前から近隣の方や友人から親の介護や高齢者施設の様子について話を聞く機会は多く、もし自分の親が介護を必要になった時はできるだけ家で家族が介護をしてあげたいという意向を持っていた。きょうだい皆同じ考えだと思っていたが、Aさんのこれからについてきょうだい揃って話し合いを持った際、施設入所の話が持ち上がり、長女はきょうだいの意向と自分の意向が一致していないことに対する驚きと動揺、介護を引き受けたい思いと体力的な不安を持っていた。

(1) 介護者自身が対処し、やっていけそうだと思うように支える

Aさんの主介護者となる長女は、関わり始めた当初様々な不安が重なり、自分で解決する方法を見出せず、それが更に不安を助長させているように思われた。

1回目の外泊を終え、長女が夜間の不安を感じている状況から関わり始め、Aさんや家族が望む退院後の生活を話し合いながら情報を共有し、退院後の生活をデザインしやすいように、そして今現在どのような問題が起きているのか、それに対してどうすればよいのか、あるいは退院後どのような問題が起きそうなのかを話し、共に考える機会を設けた。(ケアプロトコール 2)

その中で、長女が面会に来る毎にAさんに他のきょうだいの面会の様子を確認する場面が何度か見られた。Aさんは、自宅が病院から遠いので大変だからと感じているようであったが、長女は退院後についての話し合いが行われて以後、他のきょう

うだいの面会が少なくなっており、きょうだい間での情報交換や情報伝達がないことを話していた。

(長女)「(次女)も(三女)も来なんだ？」

(Aさん)「(三女)は来えへん、遠いもん。(次女)も。」

(長女)「(筆者に向かって)な、来えへんやろ。水、木。」

(Aさん)「この子だけよう来てくれんの。あの子らは来えへんの。…遠いさかいなあ。…だから来い来い言えへんの。」

(長女)「それで私に来い来い言うの？」

(Aさん)「へへ(うなずきながら笑う)」(退院38日前、フィールドノート)

(長女)「私が(地元)に行ってきたこと(長男)に言うた？どない言いよった？」

(Aさん)「草何ほでも生えるのに、そんなんせんでええのになあ、言うて。体大事にせなんだら言うて。」

(長女)「言うとった？ふ～ん。何も電話かかってけえへんやん(笑)」(退院38日前、フィールドノート)

今までの状況や面会の状況から、きょうだいで協力し、在宅療養を行っていきたいという長女の意向と他のきょうだいの意向に不一致があることが予想された。しかし面会日が分担されており、不一致を埋めるために話し合う、情報を共有するといった機会を作ることが難しい状況であると判断し、長女に同意を得て他のきょうだい(長男、次女)と筆者が会う機会を設け、筆者が橋渡しを行いながら情報の確認、共有を行った。(ケアプロトコール 2)

「(長女に)休んでもらうのも必要なんで、週末は僕が。あと、(仕事が)休みの日も来てます。一番上の姉さんの家が一番広いし、いいと思います。」(退院26日前、長男)

「(Aさんが)元気でいてくれたら。姉ちゃんが疲れたら、私も弟もあずかるつもりでいる。弟にはその時になって“あかん(出来ない)っていうのは無し”って言うてある。」(退院24日前、次女)

《弟さんと、「姉ちゃんが疲れたら交代で面倒みようって話をしたって…」》「ほんまあ。—《外泊のときの電話が一つのきっかけになってるような気がする

んですけど》—そうかもしれんね。長男は無理かもしれん。でも妹は協力してくれそうやわ。」(退院21日前, 長女)

情報の共有がなされるようになると, 長女はきょうだいに協力して欲しいということを自分から言わなければ協力を得られないと考え, 自らきょうだいを巻き込むための働きかけとして, 退院後1週間ずつ長男家族と次女家族がAさんと生活するという計画について話した。

「弟ね, 私が母を引き取るとなったら肩の荷が下りたと思ってるのか, 何にも言うてこうへんねん。はじめは長男やから嫁さんもそのつもり(介護・同居)でいたと思うねん。その時も“何かあったら言うてよ。あずかるし行くし”って私は言うてたけど, 私が引き取るって言うたら誰も私にはそんなこと言うてくれへんやん。だからね, 言おうと思って。…私がね, 最初に一緒に帰ったら安心して何にもしてくれへんようになると思うねん。だから最初にね, 1週間でもみてもらったら大変さとかもわかるんちがうかな, と思って。…とりあえず1週間やってみて欲しいと思って。」(退院20日前, 長女)

長女の言葉から, 長女が自ら問題解決のために取ろうとしている計画であり, 長女にこれらを実行する行動力を持ち合わせていると判断した。そして計画の実行によってきょうだいの現状が好転するようなサポートを行うため, きょうだいが計画をどのように受け止めているか情報を得ながら, どのように協力しようとしているのかについて情報の共有を行った。(ケアプロトコール 2)

退院後の訪問では, 長女から1週間ずつの計画をやってみてよかったと評価している言葉が聞かれた。

「(長男の) 嫁さんが協力してくれるかが心配やってんけど。途中で“無理や…”ってことになるかもしれへんとかって思ったけど何とか乗り切りました。やってみて大変ってわかったって。“大変になる前に言って”って言うてくれてね。わかってもらえたことが嬉しいわ。」(退院8日後, 長女)

「1週間ずつね, 何事もなく過ごすことができた…それによって大変さもわかってもらえたっていうね。だからやっぱり何でも言うてみなあかんもんやなと思うてね。」(退院25日後, 長女)

「…あれで私もちよっとホッとしてね。だからそれも1週間みてくれたからわかったことでね。…“その言葉が私嬉しい”って言うて。…そないして一言言うてもらえたらまた励みになるしね, 頑張れる。…そうして気持ちをわかってもらえたということだね, 私も心が癒されるって言うたんよ。1週間ずつみてもらったのは大成功やった。」(退院25日後, 長女)

(2) 介護者が現在のADL状況を知り, 肯定的に捉えられるように支える

Aさんの長女の面会とりハビリの時間が重なることがなかったため, 長女がAさんの歩行訓練を見学することはなかった。外泊時の話をすると, いつもAさんの歩行の様子を話し, 「足がグニャグニャしてて」と話していた。体幹の保持が安定してきた頃より病棟内廊下で歩行練習, 家屋訪問後階段昇降が始めていることを伝えるととても喜び, 再び外泊時の不安定な歩行の様子を話すため, Aさんの移動介助への大変さのイメージを軽減すること, 退院後の移動イメージをふくらませやすいようにすることを目的にリハビリの様子の見学を提案し, 実施することとなった。(ケアプロトコール 3.4.5)

「トイレに連れていこうとしてもこれがまた大変。足がしっかりしてないんやもん。グニャグニャ。」(退院36日前, 長女)

「一度見てみたかったのよ。あの外泊の時のグニャグニャのイメージしかないから」(退院17日前, 長女)

見学当日(退院14日前)夫と共に訪れた長女はAさんの歩行や階段昇降の様子を見て, 「上手に歩けるやん」と声をはずませながらAさんに声をかけた。一方で長女は, 一緒に階段を下りながらAさんの様子を見ていく夫と顔を見合わせ, 「手すりのこと, 考えた方がええね。」と話し, 一時見合わせていた階段の手すりが改修につけ加わることとなった。

退院後の訪問では, Aさんは居住スペースであ

る2階を車いすを使って移動をしたり、短い距離で手すりのようなものがある場合は歩いて移動していた。また階段は、「上りは後ろから、下りは前から」支えればAさん自身が階段昇降ができており、お天気の良い日は自宅の周りを2周歩いていると話してくれた。

「うちのこの階段ね、ちょっときつい（勾配が急）けどね。でも手すり持ちながらゆっくり降りてね。…あの手すりもすごい助かった。」

「これからデイサービスにね行くにしても。私どうしよう、おんぶや抱っこやいうたら大変でしょう。そしたらああしてゆっくりねおられるから。…エレベーターとかあったらなあって一時期よう思ったけどね。」（退院25日後、長女）

4) Bさんの退院プロセスの特徴的な出来事と看護援助

Bさんには、転院から約3ヶ月半が経過した事より関わる事となった。Bさんは小柄で細身であるが存在感があり、目に力強さと洞察力が感じられた。後遺症のため長い文章で自分の意志を伝えることは難しいが、同室者の困り事を察知し、代わりにナースコールを押して病棟スタッフに知らせる面倒身のよい女性である。約1年前に脳梗塞を発症し、発症直後は嚥下障害があり胃ろうを造設したが、Bさんの強い希望とリハビリによって経口摂取が可能になり退院となった。自宅が細い路地の奥にあることからBさんのデイサービスの送迎を優先し、自宅近くにアパートを借り、Bさんと長男の嫁が自宅を離れ、二人での生活を始めた。長男の嫁が買い物や自宅の家事などで離れるときは近くに住む長女が手伝いに来てくれていた。今回Bさんは、誰もいない時間に自宅で転倒し、大腿骨を骨折。術後リハビリ目的で転院となっていた。

主介護者である長男の嫁は、「おばあちゃんの望むことをしてあげたい」と話し、Bさんの介護を厚意的に行っている。Bさんとの生活が半年経過し、Bさんの介護を行いながらも自分が健康を損なってはBさんの在宅療養の継続は難しいと考

え、「疲れたら昼寝をする」「腰は大切」と語りながら自身の健康にも気を配っていた。

(1) 患者と家族が新しい状況に見合った捉え方ができるように支える

Bさんが脳卒中発症後抱いていた望みは「一人でトイレに行けること＝トイレまで歩けること」であった。そのためBさんが必要だと思っているリハビリは「歩行練習」であり、生活行動（排泄や更衣）に対するリハビリには無関心、依存的と見られていた。またBさんは、「退院＝リハビリができなくなる」と捉えており、少しでも長く入院してリハビリを続けたいと訴え、その捉え方は在宅療養への関心を妨げているように感じられていた。

ある日、担当言語療法士（以下STとする）がリハビリを兼ねた更衣を勧めてみたが、Bさんは「面倒くさい」「着替えがない」と話し、着替えることはなかった。

「担当STが『昼間は着替えましょうか。着替えは腕を上げたり下げたりするので上半身の運動になって、発声にもいいんですよ』と話しかけるがBさんは照れ笑いのように少し笑いながら『面倒くさい』『着替え、ない』『トイレの時大変や』『（スタッフが）忙しい』と話す。」（退院19日前、フィールドノート）

後日再度更衣をBさんに勧めてみると、笑いながら「面倒くさい」と話しながらもロッカーを指さし、筆者にロッカーを開けるように話した。Bさんに言われた通りにロッカーを開けると、以前は用意されていなかったブラウスとズボンが用意されており、担当STと共に更衣を行った。その日の夕食時、長男の嫁が面会に来たため昼間ブラウスとズボンに着替えたことを報告すると、「急に持って来いって言うから何かと思ったんやけど着替えたんやね。」と話し、ボタンのつけはずしの練習を行ったことを伝えると、Bさんができないのでやってほしいと言われ手を出していたこと、長男の嫁自身、自分がやった方が早いと思っていたことを話した。

「そうですか。着替えたんやね。前（脳梗塞を発症後）から上のボタンはやりにくいみたい。『以前はおうちでやってらっしゃったんですか？』一できへんからやってって言うでしょ。私がやった方が早いしね。」（退院16日前、長男の嫁）

それ以後、担当作業療法士、担当STとの協働のもと更衣やズボンの上げ下ろしといったリハビリを行うこととなり、その日のリハビリの様子を面会時に長男の嫁に報告することを行った。（ケアプロトコール 2.3.4.5）

退院後、Bさんは毎日更衣を行い、着替えの準備をしている間にパジャマのボタンをはずして待っていたり、リハビリの一環として家事も手伝っていることが長男の嫁から話された。

「この間ね、私ら芋の蔓を食べるんよ、炊いてね。で、スジ取るんやけど、『（次女）に持って帰らすからこれむしって。これもリハビリや』言うてだいたスジ取ってもらってね。」（退院後7日後、長男の嫁）

「リハビリ兼ねてね。脱いだ服たたんだり、脱ぐ時は一番上のボタン以外自分ではずしてますわ。」（退院24日後、長男の嫁）

また、以前は子どもがやっているみたいだとあまり積極的に参加していなかったデイサービスでのレクレーションにも参加するようになったと長男の嫁が話し、レクレーションで作成した鍋敷きが部屋に飾られていた。長男の嫁が筆者にそれ話をしている間、Bさんは笑顔で黙って聞いていた。

4. 考察

1) 脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族が在宅移行期において自信が持てるように支援することの意味

退院は、退院を受け入れる、療養の場を決める、退院後の生活に適応する、新たな問題に対処する、療養の場の準備をする、家族関係を調整する、社会資源等の利用できるサービスを知り、選択する（Pearson,2000/酒井監訳,2004）といった多くの

意志決定を行わなければならない。退院に伴う意志決定や新しい役割や課題を抱えることになる患者と家族にとって、患者と家族が自分たちの力を信じ、何とかやっていけそうだと思うことは退院後の生活を営んでいく上でとても重要である。Aさん家族の場合、主介護者に療養の場の選択にまつわるきょうだいの意見の不一致と孤立感、自分の体力への不安があったことから、筆者は意向の確認と情報の共有を行いながら不安の軽減を図るよう関わった。長女は不安を話し、整理していくことで解決すべき問題に気がつくことができ、自ら解決すべき道を切り開いていった。筆者が行った患者・家族との意向の確認と情報の共有は、看護師が家族のセルフケア能力のアセスメントを行いながら、それ自身患者と家族の持つ力を認める、あるいは潜在するセルフケア能力を引き出すという援助であったと考える。

さらに、自らきょうだいを巻き込むための働きかけとして、退院後1週間ずつ長男家族と次女家族がAさんと生活するという計画は、遂行行動の達成であり、成功体験として長女の自己効力感をより高める機会になった。遂行行動の達成は、実際に行動し成功体験を持つことであり、一般的に次の機会にもその状況にうまく対処できるという見通しを高めると言われており、今後新たな問題に直面した際にも「自分たちで何とかやっていけると考える」ことにつながる事が予測される。またこの計画が成功した理由として、長女がAさんの現在のADLの状況を知り、これならきょうだいの家で過ごすことが可能ではないかと肯定的に捉えることができたこと、長女自身が考ええる方法として実行したことが挙げられる。退院後1週間ずつ長男家族と次女家族がAさんと生活するという計画は、家族独自の生活に根付いた、家族ができる方法として行われた計画であったことが成功した要因と考えられる。

在宅移行期は、退院後の生活という新しい状況に適応していく準備期間であるため、生活に根付いた方法で小さな成功体験を積み重ね、自信が持

るように支援することは、脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族のセルフケア能力を高めることにつながると考えられる。

2) 在宅移行期における共通認識の形成と状況の再構成を促す看護援助の必要性

家族の誰かが病気になることは、家族の相互作用やコミュニケーションパターンによっては、お互いのニーズや感情を理解することや、思いを伝え合うこと、重要な話題について話し合うことがうまくできず、家族員間の認知や思いにズレが生じやすい（瓜生;2004）ことが言われている。Bさん家族では、リハビリテーションに対して、「歩くことがリハビリ」と考え歩行練習に重点をおくBさんと、Bさんのリハビリに対する思いを大事にするあまり、ボタンのつけはずしといった生活行動のリハビリについても「自分がやった方が早い」と捉えていた長男の嫁の間で、リハビリに対する考えにズレが生じていた。しかしながら、お互いリハビリとして良いと思っていたものが結果的に一致していたために、歩行練習以外は依存的ととれるようなBさんの行動につながっていたと考えられる。しかしながら在宅療養に向けて、「歩くことがリハビリ」という認識は、新しい状況に見合ったものではなく、状況を再構成する必要があった。

更衣という一つの場面をきっかけに、Bさんと長男の嫁両者に「やればできる」「生活そのものがリハビリ」と捉えられるように筆者が関わったことは、療養者と家族の評価や理解の側面が拡がることによって、お互いに今まで気づいていなかった部分を見ることができ、かつ評価や理解の側面が重なり合う状況が生まれることにより、療養者の意向と家族介護者の意向が一致し、相互に理解する状況をもたらす（石橋;2005）ことにつながった。また、在宅移行期にBさんと長男の嫁に「やればできる」「生活そのものがリハビリ」という共通認識を形成できたことが、退院後の料理の手伝いや更衣の際のボタンのつけはずしにつながっ

たと思われる。

脳卒中患者は、①生命の危機、②コミュニケーションの危機、③身体の危機、④家庭生活の危機、⑤社会生活の危機（細田;2006）という多くの危機に遭遇し、身体のコントロール感や役割に対する喪失体験、どこまで回復するのかといった将来への不確かさを抱えている。そのような患者が新しい自分に「出会う」ための「変容」を促す他者として、医療従事者、家族、同病者が挙げられている（細田;2006）。Bさんに対して、筆者（医療従事者）や長男の嫁（家族）が「やればできる」「生活そのものがリハビリ」と状況を捉え関わることで、Bさんのリハビリに対する考え方も「生活そのものがリハビリ」に少しずつ変わっていった。

在宅移行期に家族が患者を取り巻く状況として変わることは、患者はその変化した状況の側から変わるように促される（Benner,1999）ことにつながり、患者が自己解釈や行動様式を新しい状況に見合ったものに変えることを手助けするのではないだろうか。そのため、共に生活する患者と家族は、状況の再構成を共同作業によって行えるような看護援助が必要と考えられる。

3) 看護への示唆

本研究において、在宅移行期には患者および家族が、在宅移行期の特徴的な多くの問題を抱えながら意思決定や状況の再構成を行っていることが記述された。在宅移行期には、今後の生活には不可欠で重大な選択をしようとしている状況や揺らぎに対する配慮、看護者の情報を共有しながら患者や家族が自分たちの力を信じようとする姿勢、何とかやっていけそうだと思うように自己効力感を高められるような小さな成功体験の積み重ねを経験するによって、過度な心理的負担を軽減し、セルフケア能力を高めることを支援できることが示唆された。また家族独自の生活に根付いた方法は、家族独自の技や物事に対処する強みを活かしていることから成功体験につながる可能性が高く、自己効力感を高めることが示唆された。さらに退

院計画において、看護師が患者と家族と共に退院後の生活について情報を確認と共有し、患者や家族の置かれている状況や状況の捉え方、どのように対処しようとしているのかを知ることは、新しい生活、状況に見合ったものであるかをアセスメントすることであり、退院後の生活を考えていく上で意義が大きい。在宅移行期にそのような視点で看護援助を行うことは、入院生活と退院後の日常生活との乖離の小さい在宅移行期を過ごすことにつながることが示唆された。

4) 研究の限界と課題

本研究は1施設2事例での実践あり、かつ患者と家族の関係性が親子と限定されている。介護者が配偶者、介護者が男性、患者が壮年期といったケースにおいては、プロセスが異なることが予測され、その点において研究の限界がある。しかしながら退院のプロセスを記述することによって、家族が本来有している力や家族の技を編み出す様子を記述できた。引き続き多くのケースを記述していきながら家族の強みや有している力や家族の技を見出すための看護援助や看護の方向性を探ると共に、作成したケアプロトコルの評価を行うことが今後の課題である。

本研究は、神戸市看護大学大学院看護学研究科修士課程の学位論文に、一部加筆し修正を加えたものである。また、本研究の一部は、第1回日本慢性看護学会にて発表した。

引用・参考文献

- 安梅勅江 (2004) : エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法, 第1版, 医歯薬出版
- Bull M J. (1992) : Managing the Transition From Hospital to Home, QUALITATIVE HEALTH RESEARCH, 2 (1), 27-41
- 千葉由美, 高崎絹子 (1999) : 脳血管疾患患者と家族のケアニーズに関する研究—退院のためのケアニーズの構成因子と介護負担感との関連—, 日本在宅ケア学会誌, 3 (1), 53 - 62
- 広井良典 (2001) : ケア学—越境するケアへ, 第1版, 医学書院
- 細田満和子 (2006) : 脳卒中を生きる意味 病いと障害の社会学, 第1版, 青海社
- 池添志乃 (2002) : 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵, 日本看護科学学会誌, 22 (4), 44-54
- 池添志乃 (2003) : 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における状況の定義, 高知女子大学紀要看護学部編, 53, 11-21
- 石橋みゆき (2005) : 在宅療養者の主体性を維持して行う看護援助, 酒井郁子編, 超リハ学 看護援助論からのアプローチ (p343-352), 第1版, 文光堂
- 河原加代子 (1999) : 脳血管障害と家族介護者と対象とした支援プログラム開発のための文献検討, 看護研究, 32 (6), 509 - 518
- 北 素子 (2002) : 要介護高齢者家族の在宅介護プロセス:在宅介護のしわ寄せによる家族内ニーズの競合プロセス, 日本看護科学会誌, 22 (4), 33-43
- 松岡千代 (2005) : 高齢脳血管障害の退院援助における「看護プロセス」に関する研究, 兵庫県立大学看護学部紀要, 12, 37-51
- 野嶋佐由美監修 (2005) : 家族エンパワーメントをもたらし看護実践, 第1版, へるす出版
- 小野美喜 (2006) : 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, 日本看護研究学会雑誌, 29 (1), 97-105
- Pearson V I./酒井郁子監訳 (2004) : 脳卒中体験者と配偶者が遭遇する意思決定場面:質的看護研究, Quality Nursing, 10 (1), 31-39
- Pope C., Mays N (2000) / 大滝純司 (2001) : 質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために, 第1版, 医学書院
- 篠田道子 (2003) : 高齢社会に求められるケアマネジメントサービス, 第1版, 医学書院

- Shyu Y-I (2000) : The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample, Journal of Advanced Nursing, 32 (3), 619-625
- S.M.Harmon Hanson, S.T.Boyd (1996)/村田恵子, 荒川靖子, 津田紀子監訳 (2001) : 家族看護学－理論・実践・研究, 第1版, 医学書院
- 塚本尚子 (2005) : 自己効力感 (社会学的学習理論), 佐藤栄子編, 事例を通してやさしく学ぶ 中範囲理論入門 (p285-292), 第1版, 日総研
- 瓜生浩子 (2004) : 退院をめぐる家族－患者間の意志のズレと看護者の役割, 家族看護, 2 (1), 43-50